

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COMPLICATIONS PULMONAIRES EN CHIRURGIE GASTRIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 avril 1931

PAR

Léopold-Marie-Guy **BERNARD-LAPOMMERAYE**

Né à SAINT-SECONDIN (Vienne), le 2 janvier 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur ..	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 91

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COMPLICATIONS PULMONAIRES EN CHIRURGIE GASTRIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 24 avril 1931

PAR

Léopold-Marie-Guy BERNARD-LAPOMMERAYE

Né à SAINT-SECONDIN (Vienne), le 2 janvier 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. CHAVANNAZ, professeur ..	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	N
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	LOUBAT.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	GREYX.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	N.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	AUBERTIN.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DAMADE	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
id.....	DELMAS-MARSALET.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prethèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEFEVRE

Chirurgien des Hôpitaux.

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse,
en témoignage de vive gratitude pour sa
bienveillance.

A MES JUGES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine
et de la Société de Chirurgie de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Médaille interalliée et de la Médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il veuille trouver ici l'expression de
mon respect et de ma reconnaissance
pour le grand honneur qu'il me fait en
acceptant la présidence de cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0020

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
COMPLICATIONS PULMONAIRES
EN CHIRURGIE GASTRIQUE

INTRODUCTION

Les complications pulmonaires qui peuvent survenir après n'importe quelle opération sont particulièrement nombreuses à la suite des interventions sur l'estomac.

Dès 1906, Leriche en signalait la fréquence et la gravité :

« Mystérieux dans leur déterminisme, les accidents pulmonaires sont la plus redoutable cause d'échec de la chirurgie gastrique. »

Aussi devant ces échecs répétés, les complications pulmonaires ont fait l'objet de nombreuses études. Des statistiques ont été dressées, des théories pathogéniques s'appuyant sur des faits indiscutables ont été élaborées, mais les traitements basés sur ces théories n'ont pas donné les résultats que l'on était en droit d'escompter.

Nous nous proposons, dans notre modeste travail, de reprendre cette étude en groupant les opérations et les résultats opératoires d'une statistique appartenant à un même

auteur; les chiffres obtenus auront évidemment une valeur plus considérable.

Nous n'avons pas consigné dans ce travail toutes les observations qui nous ont servi à établir la statistique.

Nous avons cependant réuni les observations des malades qui firent des complications pulmonaires. Les ulcères à évolution aiguë ne sont pas classés dans notre statistique. Les accidents pulmonaires nous paraissant bien plus fréquents à la suite des interventions nécessitées par ces lésions; leur étude fait l'objet d'un chapitre spécial.

Nous avons surtout en vue dans ce travail l'étude des complications pulmonaires survenant à la suite des interventions pour les lésions ne se révélant pas par des accidents bruyants auxquels il faut remédier immédiatement.

FREQUENCE ET FORMES CLINIQUES

Les deux tiers des accidents pulmonaires, après interventions, sont dus à des opérations sus-ombilicales d'après Czerny et Beckman.

Si nous nous limitons aux interventions sur l'estomac, la morbidité et la mortalité atteignent des chiffres bien plus élevés. Czerny donne 17 p. 100 de morbidité et 6,7 p. 100 de mortalité en chirurgie gastrique, par complications pulmonaires; Leriche leur attribue 29 p. 100 des succès.

Ces accidents redoutables quels sont-ils?

Les auteurs s'accordent pour indiquer par ordre de fréquence et de gravité : bronchites, congestions pulmonaires, broncho-pneumonies, gangrènes pulmonaires, pneumonies, pleurésies, séreuses ou purulentes, infarctus.

La tuberculose révélée ou aggravée nous paraît avoir sa place parmi les complications pulmonaires du fait même qu'elle est révélée ou aggravée par l'intervention.

Parmi ces accidents, la broncho-pneumonie, la gangrène pulmonaire, la pleurésie purulente, la pneumonie, sont les plus redoutables; les bronchites et les congestions pulmonaires sont bénignes, mais les plus fréquentes et les plus précoces.

STATISTIQUES ET PATHOGENIE

a) La pathogénie et le traitement préventif des complications pulmonaires en chirurgie gastrique ont fait l'objet de nombreux travaux. Bien des discussions ont été engagées sur l'efficacité de telle ou telle thérapeutique. Les recherches s'orientèrent surtout sur le traitement étiologique seul valable.

Les Américains attribuèrent les accidents pulmonaires de la chirurgie de l'estomac à des infections venues des parties hautes de l'arbre digestif et respiratoire, mauvais état de la bouche et des dents, sinusites. Actuellement, les sinusites sont soignées, la bouche soigneusement désinfectée, les dents cariées attouchées à la teinture d'iode diluée. Les résultats n'ont pas été beaucoup améliorés. Etant donné la morbidité par complications pulmonaires, que nous pouvons constater dans les observations de notre statistique, nous n'attribuons qu'un rôle secondaire à cette étiologie, sans nier cependant l'existence des affections pulmonaires de déglutition.

b) Les Allemands pensèrent aussi aux infections par déglutition : Des particules septiques des vomissements favorisés par l'anesthésie seraient dégluties par la trachée et seraient ainsi l'origine des accidents pulmonaires. Cette sorte d'infection directe ne se produit que peu à l'anesthésie locale, et cependant nous constatons que la morbidité atteint un pourcentage élevé.

Cette théorie entraîna la thérapeutique des lavages d'estomac à l'eau iodée : le pourcentage des complications ne fut pas sensiblement diminué : en effet, une désinfection parfaite d'une plaie superficielle est pratiquement irréalisable, il est encore plus difficile de désinfecter une lésion siégeant

sur la muqueuse stomacale que l'on ne peut atteindre qu'indirectement et dont la septicité s'étend dans l'épaisseur même des tissus.

c) RÔLE DE L'ANESTHÉSIE. — Nous venons de voir que les Allemands attribuaient un rôle à l'anesthésie générale comme cause des vomissements. On lui en attribua bien d'autres et, actuellement, la question est encore fort discutée; certains, avec Badelon, prétendent que l'anesthésie n'a aucune influence, d'autres, avec Gosset et ses élèves, accordent aux anesthésiques généraux un rôle primordial.

Nous avons recherché, sur 533 observations recueillies dans le service du Docteur Lefèvre, quels étaient les chiffres de morbidité et de mortalité dans les divers cas d'anesthésie, sans comprendre dans ces 533 observations les laparotomies exploratrices.

Nous avons :

- 157 anesthésies à l'éther, avec 30 complications, dont 3 mortelles;
- 137 anesthésies au chloroforme, avec 18 complications, dont 6 mortelles;
- 188 anesthésies locales et infiltrations des splanchniques, avec 16 complications, dont 7 mortelles;
- 44 rachianesthésies et paravertébrales, avec 1 complication, pas de mort;
- 5 au balsoforme, avec une complication;
- 4 au schleich, pas de complication;
- 1 au somnifène, avec complication.

L'anesthésie au somnifène n'a été qu'un essai, d'ailleurs peu satisfaisant, le malade ayant présenté une agitation telle, pendant plus de quarante-huit heures, que l'on fut obligé de le surveiller; aussi ne considérerons-nous que les anesthésies les plus fréquentes : éther, chloroforme, locale, rachianesthésie et paravertébrale.

A l'éther nous avons 19,108 p. 100 de morbidité et 1,27 p. 100 de mortalité.

Au chloroforme, nous avons 13,138 p. 100 de morbidité et 4,379 p. 100 de mortalité.

A la locale, nous avons, 8,50 p. 100 de morbidité et 3,723 p. 100 de mortalité.

Le nombre des rachianesthésies et des paravertébrales ne permet pas d'établir un pourcentage.

Cependant, si nous les groupons avec les anesthésies locales, ce qui nous donne 232 cas d'anesthésies régionales avec 17 complications pulmonaires, dont 7 mortelles, et que nous comparions ces résultats avec ceux de l'anesthésie générale, soit 300 cas et 49 complications, dont 9 mortelles, nous trouvons :

16,33 p. 100 de complications, dont 3 p. 100 de mortelles à l'anesthésie générale;

7,327 p. 100 de complications, dont 3,01 p. 100 mortelles à l'anesthésie régionale.

Soit, environ, deux fois plus de complications à l'anesthésie générale.

Les auteurs qui obtenaient des chiffres équivalents pour les deux ne tenaient peut-être pas compte de ce que l'anesthésie générale était pratiquée sur des sujets ayant conservé un bon état général relatif, tandis que l'anesthésie locale était réservée aux malades anémiés, fatigués, ayant subi une perte de poids considérable et ne pouvant probablement pas supporter l'anesthésie générale, ce qui expliquerait aussi une mortalité aussi élevée, sinon plus, à l'anesthésie locale qu'à l'anesthésie générale.

Actuellement, après deux années pendant lesquelles l'éther fut presque le seul anesthésique employé dans le service du Docteur Lefèvre, ce dernier, qui lui-même niait le rôle de l'anesthésique, affirme maintenant que l'anesthésie générale, l'éther surtout, favorise les complications pulmonaires en chirurgie gastrique.

d) Les auteurs allemands, après une intervention sur l'estomac, prétendent qu'il se produit une sorte de collapsus

massif du poumon, que nous pouvons facilement vérifier par le déficit respiratoire du malade; ce dernier, gêné pour respirer par le bandage, la douleur, est aussi gêné du fait de la rupture de l'équilibre physiologique du centre phrénique créée par l'incision sus-ombilicale et par l'irritation du vague entraînant une vaso-dilatation paralytique du territoire pulmonaire correspondant. La position couchée du malade facilitant l'hypostase, sur une congestion passive se développe une congestion active; les germes saprophytes trouvant un milieu favorable à leur pullulation deviennent rapidement pathogènes, le poumon ayant perdu son pouvoir bactéricide.

Cependant, le traitement préventif, lever précoce et exercices respiratoires, qui en découle, n'a pas donné de résultat bien déterminé.

Les exercices respiratoires ont été pratiqués sur 391 cas environ, 62 firent des complications pulmonaires. Sur 142 cas, ce traitement ne fut pas pratiqué, 5 seulement firent des accidents.

Les résultats de cette thérapeutique seraient plutôt négatifs.

Nous avons recherché sur 40 malades, à l'aide de l'appareil de Verdin, les variations de capacité pulmonaire avant, le lendemain et dix à douze jours après l'intervention.

Le lendemain de l'intervention, la capacité pulmonaire est très diminuée, on note des différences variant de 2 litres à 2 l. 1/2 et même plus. Ceci prouve nettement l'insuffisance respiratoire causée par l'intervention.

Les malades des observations (VI, VIII, IX, X), qui firent des complications pulmonaires, avaient une capacité moyenne de 600 centilitres le lendemain de l'intervention. Ceux des observations II, III, IV, V, VII, qui ne firent pas d'accident, avaient une capacité moyenne de 800 centilitres. Les malades qui firent des complications pulmonaires présentaient donc, le lendemain de l'opération, un déficit respiratoire plus considérable que les autres opérés.

e) RÔLE DE LA SAISON. — Les maladies du poumon sont toujours plus nombreuses en saison froide (période de grippe et de bronchite) qu'en saison chaude. Après les interventions gastriques, le même fait peut être vérifié. Nous classons dans la saison froide les observations des malades ayant été opérés depuis octobre jusqu'en avril inclusivement.

Sur 391 observations recueillies, nous en avons : 248 *pour la saison froide*, avec 47 complications pulmonaires, dont 6 mortelles et 8 morts, soit une morbidité de 18,95 p. 100 et une mortalité par accidents pulmonaires de 2,41 p. 100; 143 *en saison chaude*, avec 15 complications, dont 7 mortelles et 3 morts; soit une morbidité de 10,48 p. 100 et une mortalité par accidents pulmonaires de 4,93 p. 100.

Le rôle de la saison est donc indéniable.

f) RÔLE DU SEXE. — Les auteurs sont d'accord pour attribuer au sexe masculin la plus grosse part des complications pulmonaires en chirurgie gastrique.

Sur le même nombre d'opérés que précédemment, nous avons :

246 hommes, avec 49 complications, dont 10 mortelles;

145 femmes, avec 13 complications, dont 3 mortelles;

soit :

Hommes, 19,91 p. 100 de morbidité et 4,10 p. 100 de mortalité;

Femmes, 8,965 p. 100 de morbidité et 2,068 p. 100 de mortalité.

L'homme, souvent fumeur et alcoolique, fait plus fréquemment des complications pulmonaires, mais il fait aussi plus fréquemment des ulcus de la petite courbure, qui, comme nous allons le voir, sont ceux qui donnent le plus de morbidité.

Le type respiratoire costal inférieur chez l'homme joue aussi un rôle favorisant. La mobilité du diaphragme étant du fait de l'opération très diminuée, l'amplitude respiratoire serait moindre chez l'homme que chez la femme à la suite de l'intervention.

g) CLINIQUE ET HÔPITAL. — Nous avons été frappé, lorsque nous avons établi cette statistique, des différences considérable de morbidité et de mortalité qui existaient entre la clinique et l'hôpital :

A la clinique : sur 161 cas, 15 complications (2 mortelles et 3 morts);

A l'hôpital : sur 230 opérés, 46 complications (11 mortelles et 10 morts);

soit : morbidité, 20 p. 100; mortalité accidents pulmonaires, 4,78 p. 100.

Nous pensons que le manque de confort de l'hôpital doit être incriminé. Il est, en effet, inadmissible que l'on amène les malades à la salle d'opération en passant par des couloirs ouverts à tous les vents, et surtout qu'on les ramène ainsi, une fois opérés; l'aération des salles, faite le matin sans aucune prudence, toutes les fenêtres et portes étant largement ouvertes sur des malades insuffisamment couverts n'est certes pas étrangère aux complications pulmonaires.

De plus, la proximité des salles de médecine apporte certainement un élément infectieux de grande importance. On ne peut incriminer ni les soins ni la technique opératoire, ceux-ci étant donnés par le même chirurgien.

h) SIÈGE DE LA LÉSION ET OPÉRATION. — Nous avons déjà dit que chez l'homme l'ulcère de la petite courbure était plus fréquent que chez la femme; nous lui avons attribué un rôle favorisant les complications pulmonaires. Ceci repose sur la statistique suivante :

Sur les 533 observations, nous avons :

54 pyloro-gastrectomies pour ulcère de la petite courbure, avec 18 complications, dont 5 mortelles;

19 pyloro-gastrectomies pour ulcère du pylore ou pylo-rite, avec 2 complications;

- 54 duodéno-pylorectomies pour ulcère du duodénum,
avec 7 complications;
69 pyloro-gastrectomies pour cancer, avec 16 compli-
cations, dont 4 mortelles.

Les gastrectomies pour ulcère du duodénum et du pylore ne donnent donc que peu de complications pulmonaires et une mortalité nulle par ces accidents.

Les gastrectomies pour ulcère de la petite courbure donnent un tiers de complications pulmonaires et 9,23 p. 100 de mortalité par ces accidents.

Les chiffres respectifs de morbidité sont de 12,32 p. 100 pour les ulcères du pylore et du duodénum, et de 23,188 p. 100 pour les cancers et de 33,33 p. 100 pour les ulcères de la petite courbure.

Il semble bien que plus la lésion se rapproche des régions hautes de l'estomac, plus il y a de complications pulmonaires. Ce fait se vérifie pour les gastro-entérostomies.

Nous avons recueilli :

- 62 cas de *gastro-entérostomie* pour ulcères de la petite courbure, avec 10 complications, dont 4 mortelles;
199 cas de *gastro-entérostomie et de duodéno-jejunostomie* pour ulcère du pylore, du duodénum, périoduodénite et stase duodénale, avec 7 complications seulement, dont aucune mortelle;
76 cas de *gastro-entérostomie* pour cancer, avec 7 complications, dont 3 mortelles.

Soit :

- 16, 129 p. 100 de morbidité et 6,45 p. 100 de mortalité dans les ulcères de la petite courbure;
3,52 p. 100 de morbidité et pas de mortalité pour les ulcères du pylore, du duodénum, etc.;
9,21 p. 100 de morbidité et 3,94 p. 100 de mortalité pour les cancers de l'estomac.

Nous avons donc 337 gastro-entérostomies et duodénojéjunostomies et 196 gastrectomies. La morbidité et la mortalité respectives s'établissant comme suit :

24 complications, 7 mortelles pour les gastro-entérostomies et duodénojéjunostomies (7,12 p. 100 de morbidité et 2,106 p. 100 de mortalité);

Et 43 complications, 9 mortelles, pour les gastrectomies (21,93 p. 100 de morbidité et 4,64 p. 100 de mortalité).

Les gastrectomies causent donc bien plus de complications pulmonaires que les gastro-entérostomies et ont une mortalité de plus du double.

La différence de morbidité entre la gastro-entérostomie pour ulcères de la petite courbure et celle de la gastro-entérostomie pour ulcères du pylore et du duodénum ne s'explique que si l'on fait jouer un rôle favorisant aux ulcères de la petite courbure.

Duval, au Congrès de chirurgie de 1931, prétend que, pour les ulcères de la petite courbure, la gastrectomie met à l'abri des accidents pulmonaires et est, de ce fait, préférable à la gastro-entérostomie. Les résultats précédents reposant non plus sur 12 cas (nombre donné par Duval) mais sur 333, nous nous trouvons en contradiction formelle avec cet auteur.

L'ulcère de la petite courbure demande évidemment une opération plus étendue, plus longue, que l'ulcère du pylore ou du duodénum. Le fait de l'opération mis à part, nous constatons que c'est la chirurgie de l'ulcère de la petite courbure et celle du cancer qui donnent le plus de complications pulmonaires.

Ceci s'explique en raison de ce que le cancer et l'ulcère de la petite courbure sont des lésions généralement infectées, et, à leur voisinage, la paroi de l'estomac est infiltrée et œdématisée.

Dans les ulcus de la petite courbure les communications lymphatiques et sanguines avec le territoire pulmonaire sont plus nombreuses et plus rapprochées, l'infection gagnerait donc plus facilement l'appareil respiratoire.

L'ulcus du pylore, et surtout du duodénum, plus éloigné du diaphragme, est moins étendu, généralement, que l'ulcère de la petite courbure.

Selon Rosenow, Duval, Lambret et d'autres auteurs, l'infection partant du foyer gastrique gagnerait les voies respiratoires par embolie lymphatique et sanguine. C'est la théorie de l'embolie septique. Elle s'appuie sur quelques faits d'observation clinique, tel le cas cité par Cunéo, qui trouve le même streptocoque dans la lésion gastrique et au niveau de la lésion pulmonaire. Le docteur Lefèvre trouve aussi l'identité microbienne (streptocoques aérobies et anaérobies) dans trois cas.

Cette théorie est loin d'être vérifiée dans tous les cas. (Badelon ne trouve le même microbe qu'une seule fois). Elle amena avec elle le traitement préventif par vaccination, dont les résultats, qui parurent excellents au début, ne furent pas confirmés par la suite. Si l'on s'en rapporte aux observations de ce travail obs. XI, XVI, XXI, XXII, XXIV, XXV, XLIX, LII, nous constatons qu'un bon nombre de malades (8 exactement) qui avaient été vaccinés préventivement, soit au vaccin de Viel et Duffour, soit au pneumo-entérocoque, soit à l'entérochir, firent des complications pulmonaires; un malade vacciné à l'entérochir fit une septicémie péritonéale à entérocoque mortelle; deux autres firent de la température élevée pendant deux jours. Ces résultats sont loin d'être favorables à cette vaccination.

Selon Lambret et ses élèves, l'agent serait l'entérocoque de Thiercelin, hôte le plus fréquemment rencontré sur la muqueuse gastrique; dans les accidents pulmonaires de la chirurgie gastrique, on le retrouve, selon eux, dans 45 p. 100 des cas, mais Badelon n'en cite qu'un seul cas.

Afin de ne vacciner que les sujets susceptibles de faire des complications pulmonaires, Lambret les rechercha par l'intradermo-réaction. Celle-ci ne donna pas de résultat, et Badelon, dans sa thèse, ne cite qu'un cas d'intradermo-réaction positive qui fit des complications pulmonaires. Dans tous les

autres cas de complications cités par lui, l'intradermo-réaction était négative.

i) La fréquence des complications pulmonaires semble encore plus grande dans les ulcères aigus, peptiques, hémorragiques.

Nous avons réuni 15 cas de ces ulcères; 6 firent des complications dont 2 mortelles, soit :

Morbidité : 2/5;

Mortalité : 2/15.

Nous sommes loin des pourcentages de morbidité et de mortalité pour cancers ou pour ulcères de la petite courbure.

La grande mortalité des ulcères hémorragiques est due à ce que les malades, extrêmement anémiés, se trouvent dans un état de moindre défense contre l'infection.

De plus, cet ulcère est infecté par le streptocoque hémolytique.

Les ulcères peptiques, comme les ulcères aigus, sont des ulcères en perpétuelle poussée infectieuse, ce qui nous fait dire, avec Duval, que l'opération, en crise, est une grande cause des complications pulmonaires.

OBSERVATIONS

A. — Insuffisance respiratoire des opérés de l'estomac.

OBSERVATION I.

R. S..., homme de 25 ans.

Ulcère calleux de la petite courbure. Gastro-pyloréctomie à l'éther le 31 janvier 1930.

Capacité avant l'opération : 3 l. 500 environ.

Le 1^{er} février 1930 : 0 l. 900.

Le 8 février 1930 : 2 l. 800.

OBSERVATION II.

R. C..., homme de 39 ans.

Ulcère aigu du pylore. Gastro-pyloréctomie (2^e intervention) à l'éther.

Capacité avant l'intervention : 1 l. 200 (le 12 mars 1930).

Le lendemain : 0 l. 600.

Le 22 mars 1930 : 2 l. 500.

OBSERVATION III.

J. G..., homme de 51 ans.

Ulcère du pylore. Gastro-pyloréctomie à l'éther le 24 janvier 1930.

Capacité avant l'intervention : 2 l. 400.

Le lendemain : 0 l. 900.

Le 2 février 1930 : 3 litres.

OBSERVATION IV.

A. M..., 65 ans.

Gastro-pyloréctomie à l'éther, pour cancer (2^e intervention) le 12 février 1930.

Capacité avant l'intervention : 3 litres.

Le lendemain : 0 l. 800; fait une bronchite.

Le 20 mars 1930 : 2 l. 800.

Le 26 mars 1930 : 3 l. 200.

OBSERVATION V.

A. M..., homme de 65 ans.

Première intervention. Gastro-entérostomie à l'éther pour cancer le 15 janvier 1930.

Capacité avant : 3 litres.

Le lendemain : 0 l. 500.

Le 23 janvier 1930 : 2 l. 400.

Le 28 janvier 1930 : 3 litres.

OBSERVATION VI.

A. M..., homme de 39 ans.

Gastro-entérostomie à l'éther pour ulcère duodénal le 14 février 1930.

Capacité avant l'intervention : 2 l. 500. Fait une bronchite le quatrième jour.

Le 15 février 1930 : 0 l. 800.

Le 19 février 1930 : 4 l. 750.

Le 1^{er} mars 1930 : 3 litres.

OBSERVATION VII.

B. I..., homme de 60 ans.

Cancer du pylore. Gastro-pylorctomie à la locale le 3 mars 1931.

Capacité avant l'intervention : 2 l. 200.

Le 4 mars 1931 : 1 litre.

Le 19 mars 1931 : 4 l. 900.

OBSERVATION VIII.

D. P..., homme de 52 ans.

Gastro-pylorctomie à l'éther pour ulcère de l'estomac le 11 mars 1931.

Capacité avant : 3 litres. Fait une broncho-pneumonie (guérison).

Le lendemain : 0 l. 500.

Le 21 mars 1931 : 1 l. 100.

OBSERVATION IX.

C. L..., homme de 42 ans.

Opéré d'un ulcère à la petite courbure, à l'éther, le 11 mars 1931.

Capacité avant l'opération : 3 l. 800.

Le lendemain : 0 l. 700. Fait une congestion des bases.

Le 16 mars 1931 : 1 l. 800.

OBSERVATION X.

D. G..., homme de 50 ans.

Ulcère peptique. Opéré en mars 1931 à l'éther.

Capacité avant : 2 l. 700; après 0 l. 400. Fait une broncho-pneumonie.

Quinze jours après : 2 l. 500.

B. — Complications pulmonaires.

OBSERVATION XI.

Homme de 41 ans. Opéré d'un ulcère calleux de la petite courbure.

Gastro-pylorectomie au chloroforme; vacciné au pneumo-entérovaccin.

Fait une broncho-pneumonie droite. Ipéca sérum antipneumococcique.

Guérison.

OBSERVATION XII.

Femme de 55 ans.

Gastro-pylorectomie à l'éther pour ulcère calleux de la petite courbure.

Fait une pneumonie gauche, cédant au sérum antipneumococcique.

OBSERVATION XIII.

Femme de 32 ans.

Gastro-entérostomie, exclusion du pylore et appendicectomie à

l'éther, pour ulcère de la première portion du duodénum.

Fait une bronchite légère.

Guérison.

OBSERVATION XIV.

Homme de 54 ans.

Gastro-entérostomie et exclusion du pylore et duodéno-jéjunostomie à l'éther pour ulcère calleux de la petite courbure et stase duodénale.

Fait une bronchite double durant huit jours.

OBSERVATION XV.

Homme de 62 ans.

Gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac greffé sur ulcère calleux perforé et bouché par le foie. Anesthésie à l'éther. Eucalyptine.

Fait une légère congestion des bases.

Guérison.

OBSERVATION XVI.

Homme de 46 ans.

Gastro-entérostomie pour cancer du pylore. Anesthésie à l'éther. Vacciné au vaccin de Veil et Duffour, lavements créosotés.

Fait une congestion de la base gauche.

Guérison.

OBSERVATION XVII.

Homme de 47 ans.

Gastrectomie à l'éther pour cancer à l'estomac.

Au treizième jour : pneumonie massive de la base gauche (embolie).

Guérison.

OBSERVATION XVIII.

Homme de 70 ans.

Gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac. Anesthésie à l'éther.

Fait une légère congestion de la base gauche.

OBSERVATION XIX.

Homme de 45 ans.

Gastro-entérostomie au chloroforme pour ulcère prépylorique.

Fait une pneumonie droite.

Guérison.

OBSERVATION XX.

Homme de 65 ans.

Pylorectomie (anesthésie locale, puis chloroforme) pour ulcus calleux du tiers supérieur de la petite courbure, perforé et bouché par le pancréas.

Légère congestion de la base gauche.

OBSERVATION XXI.

Homme de 65 ans.

Gastro-entérostomie et duodéno-jéjunostomie au chloroforme pour énorme ulcère calleux (volume du poing) de la petite courbure, perforé et bouché par le pancréas et stase duodénale.

Amaigrissement considérable, teinte jaune paille, faisait de la température.

Vacciné au vaccin de Veil et Duffour.

Pneumonie gauche gangréneuse. Mort le sixième jour malgré les sérums antigangréneux et antipneumococcique.

OBSERVATION XXII.

Homme de 54 ans.

Gastro-entérostomie et exclusion du pylore (anesthésie au chloroforme) pour ulcère de la petite courbure du volume des deux poings, perforé et bouché par le foie.

Vaccin Veil et Duffour.

Congestion base gauche.

Guérison.

OBSERVATION XXIII.

Homme de 58 ans.

Gastrectomie au chloroforme pour énorme cancer sphacélé de l'estomac.

Température à 39 degrés.

Meurt de pneumonie gauche le neuvième jour.

OBSERVATION XXIV.

Homme de 69 ans.

Gastro-pyloréctomie et résection du mésocôlon (anesthésie locale)
pour cancer de l'estomac.

Congestion base droite.

Guérison.

OBSERVATION XXV.

Homme de 53 ans.

Gastro-pyloréctomie pour cancer de l'estomac (anesthésie à
l'éther).

Vacciné au pneumo-entéro-vaccin.

Pneumonie gauche.

Guérison.

OBSERVATION XXVI.

J. L..., homme de 48 ans. Le 14 février 1924.

Gastro-pyloréctomie (anesthésie locale) pour ulcère de la petite
courbure.

Avait du sucre dans les urines.

Congestion des bases.

Guérison.

OBSERVATION XXVII.

J. L..., homme de 47 ans. Le 23 novembre 1928.

Gastro-pyloréctomie pour ulcère de la petite courbure (anesthésie
locale).

Phlébite et infarctus pulmonaire.

Guérison.

OBSERVATION XXVIII.

M..., homme de 63 ans. Le 13 juin 1928.

Gastro-pyloréctomie pour ulcère de la petite courbure (anesthésie
locale).

Broncho-pneumonie.

Mort quatre jours après malgré le sérum antipneumococcique.

OBSERVATION XXIX.

M. S..., femme de 63 ans. Le 10 juillet 1924.

Gastro-pyloréctomie pour ulcère de la petite courbure (anesthésie locale).

Broncho-pneumonie.

Mort quatre jours après malgré sérum antipneumococcique.

OBSERVATION XXX.

J. H..., femme de 68 ans. Le 26 février 1925.

Gastro-pyloréctomie pour ulcère de la petite courbure (anesthésie locale).

Congestion des bases à pneumocoques, cédant aux ventouses et sérum antipneumococcique.

OBSERVATION XXXI.

G. P..., homme de 34 ans. Le 26 mars 1930.

Gastro-pyloréctomie pour ulcère du pylore (anesthésie à l'éther).

Bronchite généralisée cinq jours après. Nombreux bacilles Gram positif et négatif, diplocoques Gram négatif. Cède au sérum antipneumococcique.

OBSERVATION XXXII.

M. C..., homme de 57 ans. Le 21 mai 1930.

Gastro-pyloréctomie pour ulcère du pylore.

Congestion énorme de la base gauche.

Sérum antipneumococcique et ventouses.

Guérison en 5 jours.

OBSERVATION XXXIII.

P. D..., homme de 39 ans. Le 19 novembre 1925.

Gastro-pyloréctomie au chloroforme pour ulcère calleux de la petite courbure.

Broncho-pneumonie à pneumocoques, cédant aux ventouses et au sérum antipneumococcique.

OBSERVATION XXXIV.

J. T..., homme de 49 ans. Le 13 avril 1927.

Gastro-pylorectomie au chloroforme pour ulcère calleux de la petite courbure et ulcère du pylore.

Congestion et bronchite, surtout à gauche.

Guérison en mai.

OBSERVATION XXXV.

J. P..., homme de 60 ans. Le 14 janvier 1926.

Gastro-pylorectomie au chloroforme pour ulcère de la petite courbure.

Intradermo-réaction négative.

Congestion des bases cédant au sérum antipneumococcique.

OBSERVATION XXXVI.

J. P..., homme de 62 ans. En février 1928.

Gastro-pylorectomie au chloroforme pour ulcère calleux de la petite courbure.

Congestion des bases cédant au sérum antipneumococcique.

OBSERVATION XXXVII.

B. B..., homme de 62 ans. Le 14 mars 1930.

Gastro-pylorectomie (2^e intervention). Anesthésie à l'éther. Ulcère calleux de la petite courbure.

Fistule au 5^e jour. La température monte. Congestion de la base gauche.

Sérum antipneumococcique.

Guérison.

OBSERVATION XXXVIII.

R..., homme de 51 ans. Le 13 juillet 1926.

Gastro-pylorectomie (anesthésie à l'éther), pour ulcère calleux de la petite courbure.

Pneumonie de la base droite.

Mort.

OBSERVATION XXXIX.

M..., homme de 54 ans. Le 3 juin 1926.

Gastro-pylorectomie (anesthésie à l'éther) pour ulcère calleux de la petite courbure.

Pneumonie.

Guérison.

OBSERVATION XL.

A. B..., femme de 42 ans. Le 21 novembre 1928.

Gastro-pylorectomie (anesthésie à l'éther) pour ulcère calleux de la petite courbure.

Congestion des bases cédant au sérum antipneumococcique.

OBSERVATION XLI.

Homme de 54 ans.

Gastro-entérostomie pour ulcère calleux de la petite courbure (anesthésie à l'éther).

Meurt de pneumonie gauche gangréneuse.

OBSERVATION XLII.

G. L..., homme de 36 ans.

Gastro-entérostomie pour ulcère de la petite courbure (anesthésie à l'éther).

Meurt de gangrène pulmonaire malgré sérum antigangréneux.

OBSERVATION XLIII.

C. F..., homme de 46 ans.

Gastro-entérostomie pour ulcère de la petite courbure (anesthésie à l'éther).

Broncho-pneumonie.

Guérison.

OBSERVATION XLIV.

Homme de 58 ans.

Gastro-entérostomie pour ulcère de la petite courbure (anesthésie à l'éther).

Meurt de broncho-pneumonie.

OBSERVATION XLV.

Homme de 63 ans.

Gastro-entérostomie pour ulcère calleux de la petite courbure (anesthésie à l'éther).

Congestion pulmonaire de la base droite.

Guérison.

OBSERVATION XLVI.

P. D..., homme de 49 ans. Le 26 février 1930.

Gastro-pylorectomie pour cancer du pylore (anesthésie à l'éther).

Congestion des bases.

Guérison.

OBSERVATION XLVII.

R. J..., femme de 49 ans. Le 7 mars 1930.

Gastro-pylorectomie pour cancer (anesthésie à l'éther). Deux poussées congestives de la base gauche (embolies).

Guérison.

OBSERVATION XLVIII.

C..., homme de 61 ans. Septembre 1926.

Gastro-pylorectomie (anesthésie locale) pour cancer.

Meurt le 8^e jour de broncho-pneumonie avec température à 41 degrés.

OBSERVATION XLIX.

B..., homme de 58 ans. Le 29 novembre 1928.

Gastro-pylorectomie pour cancer (anesthésie à l'éther).

Vaccin de Veil et Duffour.

Lavements créosotés avant et après l'opération.

Congestion de la base droite.

Guérison.

OBSERVATION L.

S. J..., homme de 52 ans.

Gastro-pylorectomie pour cancer (anesthésie à l'éther).

Congestion des bases.

Guérison.

OBSERVATION LI.

V..., homme de 63 ans. Le 28 octobre 1926.

Gastro-pylorectomie pour cancer de l'estomac (anesthésie au chloroforme).

Mort de pneumonie gauche le neuvième jour (infarctus massif).

OBSERVATION LII.

L. P..., homme de 42 ans. Le 4 avril 1928.

Gastro-pylorectomie pour cancer (anesthésie au balsoforme).

Vacciné au vaccin de Veil et Duffour.

Congestion des bases, puis pleurésie séreuse.

Guérison.

OBSERVATION LIII.

S. M..., homme de 67 ans. Le 10 janvier 1929.

Gastro-pylorectomie pour cancer (anesthésie locale).

Fait une pneumonie à forme traînante le vingtième jour.

Mort.

OBSERVATION LIV.

P..., femme de 53 ans. Le 23 décembre 1929.

Gastro-pylorectomie (anesthésie à l'éther) pour cancer.

Infarctus pulmonaire.

Guérison.

OBSERVATION LV.

D..., femme de 38 ans. Le 1^{er} février 1928.

Gastro-pylorectomie pour cancer (anesthésie à l'éther).

Gangrène pulmonaire.

Sérum antigangréneux.

Guérison.

OBSERVATION LVI.

P. D..., homme de 56 ans. Le 28 février 1930.

Gastro-entérostomie pour cancer (anesthésie à l'éther).

Congestion des bases.

Guérison en douze jours.

OBSERVATION LVII.

M..., homme de 60 ans. Le 2 juin 1927.

Gastro-entérostomie pour cancer (anesthésie locale).

Décès par œdème aigu du poumon.

OBSERVATION LVIII.

G. F..., femme de 72 ans. Le 4 janvier 1928.

Gastro-entérostomie pour cancer (anesthésie locale).

Meurt en sept jours de pleurésie purulente.

OBSERVATION LIX.

C. L..., femme de 54 ans. Le 1^{er} juin 1926.

Gastro-entérostomie pour cancer (anesthésie au chloroforme).

Meurt le 4 juin de broncho-pneumonie.

OBSERVATION LX.

C. D..., femme de 35 ans. Le 23 mars 1926.

Duodéno-pylorectomie pour ulcère du duodénum (anesthésie à l'éther).

Légère bronchite.

Guérison.

OBSERVATION LXI.

A. P..., femme de 29 ans.

Duodéno-pylorectomie et duodéno-jéjunostomie pour ulcère du duodénum et stase duodénale (anesthésie au chloroforme).

Bronchite.

Guérison.

OBSERVATION LXII.

R. C..., homme de 64 ans. Le 2 février 1926.

Duodéno-pylorectomie pour ulcère du duodénum (anesthésie au chloroforme).

Intradermo-réaction positive.

Bronchite.

Guérison.

OBSERVATION LXIII.

J. A..., homme de 55 ans. Le 24 novembre 1925.

Duodéno-pyloréctomie pour ulcère du duodénum (anesthésie locale).

Congestion des bases.

Guérison.

OBSERVATION LXIV.

L. M..., homme de 29 ans. Le 9 mai 1930.

Duodéno-pyloréctomie pour ulcère du duodénum (anesthésie à l'éther).

Pleurésie non constatée au début.

Analyse des crachats, bacilles tuberculeux.

OBSERVATION LXV.

S. I..., homme de 28 ans. Le 8 juillet 1926.

Duodéno-pyloréctomie pour ulcère du duodénum (anesthésie au chloroforme).

Congestion des bases et bronchite.

Guérison.

OBSERVATION LXVI.

J. T..., homme de 51 ans. Le 3 juillet 1926.

Gastro-entérostomie pour ulcère du pylore (anesthésie locale).

Intradermo-réaction négative.

Bronchite.

Guérison.

OBSERVATION LXVII.

E. D..., homme de 58 ans. Le 7 février 1930.

Gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum (anesthésie à l'éther).

Congestion de la base gauche cédant à la révulsion.

OBSERVATION LXVIII.

A. M..., homme de 39 ans. Le 14 février 1930.

Gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum (anesthésie à l'éther).

Fait une bronchite le 18 février.

Guérison (déjà cité au paragraphe A).

OBSERVATION LXIX.

M. F..., homme de 27 ans. Le 4 avril 1925.

Gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum (anesthésie au chloroforme).

Fait une bronchite le 9 avril.

Guérison.

OBSERVATION LXX.

M. M..., femme de 36 ans. Le 22 juin 1927.

Gastro-entérostomie pour ulcère du duodénum (anesthésie à l'éther).

Bronchite.

Guérison.

OBSERVATION LXXI.

Homme de 45 ans.

Gastro-pylorectomie pour ulcère de la petite courbure (anesthésie à l'éther).

Congestion des bases.

Guérison.

OBSERVATION LXXII.

D. P..., homme de 42 ans. En mars.

Gastro-pylorectomie pour ulcère de la petite courbure et ulcère du pylore (anesthésie à l'éther).

Broncho-pneumonie.

Guérison.

OBSERVATION LXXIII.

P..., 43 ans.

Gastro-pylorectomie pour cancer (rachianesthésie).

Bronchite légère.

Guérison.

OBSERVATION LXXIV.

V..., 59 ans.

Gastro-pylorectomie pour cancer (anesthésie au chloroforme).

Broncho-pneumonie.

Guérison.

OBSERVATION LXXV.

Homme de 50 ans.

Gastro-entérostomie pour ulcère de la petite courbure, ulcus petit, tissu œdématisé, perforé, bouché par le pancréas (anesthésie à l'éther).

Gangrène pulmonaire.

Mort.

OBSERVATION LXXVI.

Homme de 70 ans.

Gastro-pyloréctomie pour ulcère de la petite courbure chez un morphinomane. Ulcus calleux, paroi infiltrée (anesthésie au chloroforme).

Broncho-pneumonie au dixième jour.

Mort.

OBSERVATION LXXVII.

Homme de 46 ans.

Gastro-pyloréctomie pour ulcère calleux de la petite courbure (anesthésie au chloroforme).

Le cinquième jour, pleurésie purulente droite dont il meurt trente-huit jours après.

C. — Ulcères à évolution aiguë.

OBSERVATION LXXVIII.

F. C..., homme de 39 ans.

Gastro-pyloréctomie (anesthésie à l'éther) pour ulcère aigu du pylore.

Pas de complications aux deux interventions (déjà cité au paragraphe A).

OBSERVATION LXXIX.

Homme de 44 ans.

Gastro-entérostomie pour ulcère de la petite courbure, près du cardia, cautérisation au thermocautère de l'ulcère hémorragique (anesthésie à l'éther).

Fait une pneumonie, puis une pleurésie purulente.

Mort.

OBSERVATION LXXX.

Homme de 54 ans.

Gastro-pyloréctomie pour ulcère hémorragique de la petite courbure (anesthésie au chloroforme).

Mort.

OBSERVATION LXXXI.

A. M..., homme de 27 ans. Le 26 mai 1930.

Gastro-pyloréctomie pour ulcère hémorragique du duodénum (anesthésie à l'éther).

Mort deux jours après.

OBSERVATION LXXXII.

S. P..., homme de 68 ans.

Gastro-entérostomie pour ulcère hémorragique du duodénum. Enfoncement de l'ulcère (anesthésie locale).

Mort le lendemain.

OBSERVATION LXXXIII.

J. G..., femme de 50 ans. Le 5 juillet 1927.

Gastro-entérostomie pour ulcère perforé du pylore (anesthésie à l'éther).

Morte de pneumonie de la base droite ayant débuté six jours après.

OBSERVATION LXXXIV.

M. D..., homme de 46 ans.

Gastro-entérostomie et cœcotomie pour ulcère perforé du pylore adhérent au cæcum (anesthésie à l'éther).

Début de péritonite.

Guérison.

OBSERVATION LXXXV.

Homme de 45 ans.

Gastro-entérostomie pour ulcère hémorragique du duodénum (anesthésie à l'éther).

Guérison.

OBSERVATION LXXXVI.

H. D..., homme. Le 3 décembre 1926.

Gastro-pylorectomie pour ulcère perforé du pylore (depuis trois heures) (anesthésie à l'éther).

Guérison.

OBSERVATION LXXXVII.

E. S..., homme de 29 ans. Le 2 avril 1930.

Ulcère peptique. Résection et gastro-entérostomie (anesthésie à l'éther).

Dilatation aiguë de l'estomac.

Congestion des deux bases, puis pleurésie interlobaire vomique, pus malodorant.

Sort en bon état le 13 mai 1930.

OBSERVATION LXXXVIII.

D. G..., homme de 50 ans. Le 6 mars 1931.
au chloroforme).

Ulcère peptique. Résection et gastro-entérostomie (anesthésie à l'éther).

Fait une broncho-pneumonie double.

Guérison.

OBSERVATION LXXXIX.

Homme de 46 ans.

Ulcère peptique et appendicite. Résection en bloc de l'ulcère et appendicectomie (anesthésie à l'éther).

Légère bronchite et congestion droite.

Guérison.

OBSERVATION XC.

Homme de 55 ans.

Ulcère peptique perforé et bouché par le mésentère, gros foyer infecté. Résection en bloc et réfection anatomique (anesthésie à l'éther).

Pneumonie, puis pleurésie purulente gangréneuse. Pleurotomie, sérum antigangréneux.

Guérison.

OBSERVATION XCI.

Homme de 32 ans.

Ulcus peptique et fistule gastro-jéjuno-colique. L'estomac, le grêle et le côlon énormes et cartonnés. Malade intoxiqué. Résection en bloc de l'estomac, côlon et grêle (anesthésie à l'éther).

Mort le troisième jour.

OBSERVATION XCII.

Homme de 29 ans.

Ulcus peptique et pylorite. Résection et pylorectomie (anesthésie à l'éther).

Guérison.

LA TECHNIQUE OPERATOIRE

Le malade préparé étant porté le matin à jeun à la salle d'opération subit soit l'anesthésie générale, soit la locale.

L'opération est faite avec une grande douceur (il faut éviter de manipuler la lésion, il faut regarder, sans toucher, mobiliser sans tirer). On assure avec soin l'hémostase, la section des petits vaisseaux de la sous-muqueuse est faite entre deux ligatures, les nœuds son suffisamment rapprochés pour qu'il n'y ait pas de fragments de vaisseaux qui puissent se nécroser et devenir des sources d'embolie.

Les sutures et les sections des adhérences sont badigeonnées à la teinture d'iode. Les clamps sont bannis et on se sert le moins souvent possible des écraseurs.

La suture de la paroi se fait généralement en un seul plan après pansement au leucoplaste, sans bandage de corps; le malade est ramené à son lit.

Cette technique est une sorte de thérapeutique préventive des complications pulmonaires. Ses différents détails ont tous leur importance. Il faut éviter de mobiliser une infection localisée.

SOINS PREOPERATOIRES ET POSTOPERATOIRES

Nous avons vu que les diverses théories pathogéniques entraînaient comme conséquences des soins pré et postopératoires variés :

- Désinfection de la bouche et du nez;
- Lavage de l'estomac à l'eau iodée;
- Exercices respiratoires pré et postopératoires;
- Relèvement de la tension artérielle par l'huile camphrée, spartéine, digitale; lavement de sérum gommé ou gélatiné;
- Désinfection des voies respiratoires par l'eucalyptine et les lavements créosotés;
- Combattre l'anémie par tous les moyens, même par la transfusion du sang;
- Administer 20 cc. de sérum antipneumococcique préventivement;
- Vaccination;
- Bandage peu serré;
- Sérum à la Murphy;
- Lever précoce.

Ce nombre imposant de traitements préventifs suffit à lui seul à montrer la difficulté que l'on éprouve à prévenir les complications pulmonaires et leur inefficacité.

Un certain nombre de ces traitements ont été essayés dans le service du Docteur Lefèvre; les résultats ne sont rien moins que probants si nous considérons que :

- sur 533 malades, 142 ne subirent aucun traitement, 5 seulement firent des complications;
- sur 291, dont quelques-uns seulement ne subirent aucun traitement, 62 firent des complications, ce qui fait respectivement : 3,5 p. 100 et 20,6 p. 100 de morbidité.

Actuellement, dans le même service, voici comment on prépare les malades :

Après un examen complet des appareils digestifs, respiratoires, circulatoires, on fait une prise de sang (Bordet-Wassermann, Urée), une analyse d'urine, et on décide si le malade doit être opéré.

Si le malade fait de la stase seulement, on pratique un lavage d'estomac à l'eau bouillie, mais pas à l'eau iodée, jusqu'à ce que l'on obtienne de l'eau claire. Attouchement à la teinture d'iode des érosions des lèvres et des gencives au niveau des dents cariées.

La veille au soir, le malade a pris un repas léger, bouillon ou lait et a reçu un lavement de 300 à 400 grammes d'eau bouillie. Le matin, il est emporté à la salle d'opération, après avoir reçu un centimètre cube de scopolamine-morphine en sous-cutanée.

L'anesthésie pratiquée est le plus souvent l'anesthésie locale avec infiltration des splanchniques.

L'intervention terminée, il est ramené à la salle commune dans un lit chauffé; le soir, à 18 heures, le malade peut boire un peu d'eau s'il a soif. Les vieillards sont levés au cinquième ou sixième jour.

Les seuls traitements toujours pratiqués sont les exercices respiratoires; l'eucalyptine est souvent utilisée, ainsi que les lavements créosotés.

Lorsque la complication est déclarée, le traitement consiste à faire de la révulsion ; cataplasmes, ventouses; à administrer des expectorants (ipéca), faire de la sérothérapie anti-pneumococcique et antigangréneuse suivant les cas.

La sérothérapie surtout paraît agir d'une façon spécifique dans un bon nombre de cas.

CONCLUSIONS

I. — Nous ne pensons pas que les complications pulmonaires en chirurgie gastrique soient dues à des infections des parties supérieures de l'arbre digestif et respiratoire.

II. — La saison froide favorise les complications pulmonaires (48,95 p. 100, et en saison chaude, 40,48 p. 100).

III. — Le sexe masculin est plus sujet aux accidents pulmonaires (49,94 p. 100; femmes, 8,965 p. 100).

IV. — L'anesthésie générale, surtout l'anesthésie à l'éther, favorise les complications pulmonaires (46,38 p. 100 de morbidité à l'anesthésie générale; 49,408 p. 100 à l'éther et 7,327 p. 100 seulement à la régionale).

V. — L'ulcère de la petite courbure est la lésion qui donne le plus de morbidité par le poumon, aussi bien dans les gastrectomies (33,33 p. 100) que dans les gastro-entérostomies (46,429 p. 100); ensuite vient le cancer (23,488 p. 100 et 9,24 p. 100), puis les ulcères du pylore et du duodénum (42,32 p. 100 et 3,52 p. 100).

VI. — La gastrectomie donne plus de complications que la gastro-entérostomie.

VII. — Les opérés qui font des complications ont généralement, le lendemain de l'opération, une capacité pulmonaire moindre que ceux qui n'en font pas.

VIII. — Les différents moyens thérapeutiques préventifs employés n'ont qu'une influence minime; c'est la technique opératoire qui joue le plus grand rôle.

IX. — La sérothérapie curatrice est un moyen puissant de combattre les complications pulmonaires.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 avril 1931.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ASTAIX (Alice). — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique. Thèse Paris, 1924.
- BADELON. — Complication pulmonaire en chirurgie gastrique. Thèse Bordeaux, 1926.
- BAZY. — Séro et vaccinothérapie en chirurgie. Congrès de chirurgie, 1923.
- BIBERGEIL. — Sur les complications pulmonaires après les opérations abdominales. *Arch. für Klin. chir.*, 1905.
- BINET. — Les réactions pulmonaires à point de départ gastro-intestinal. *Bruxelles médical*, 1927, p. 840.
- BRISSET. — Lever précoce en chirurgie gastrique. Soc. de chir., 26 nov. 1923.
- CUTLEV-HUNT. — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique. *Arch. Surg.*, july 1920.
- CALMETTE et GUÉRIN. — Origine intestinale de la tuberculose pulmonaire. *Ann. Inst. Pasteur*, oct. 1905; août 1906; juill. 1907.
- CALMETTE et GRISEZ. — Origine intestinale de la pneumonie. *Presse médicale*, sept. 1926.
- CERF et PAULY. — Vaccination antipneumococcique. *Bruxelles médical*, juill. 1922.
- COLOMBET. — Soins de la bouche chez les opérés de l'estomac.
- COMBIER-MURARD. — Vaccination préopératoire. Soc. de chir., oct. 1926.
- DELORE et MICHON. — Des complications pulmonaires au cours de la chirurgie gastrique. *Presse méd.*, sept. 1924.
- GERNEZ. — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique. Thèse Lille, 1924.

FINOCHIETTO. — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique.
Cité par Alice ASTAIX.

GOSSET et THALLIEIMER. — A propos des complications pulmonaires en chirurgie gastrique. Auto-hémothérapie. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, Paris, 1926, p. 193.

GOSSET. — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique. Soc. de chir. Paris, 1926.

DESPLATS. — Soins pré et postopératoires en chirurgie gastrique. *Progrès médical*, 30 nov. 1925.

GRÉGOIRE. — Les accidents pulmonaires dans la chirurgie gastrique. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, Paris, 1925, p. 830.

DUVAL, ROUX, MOUTIER. — De la septicité des parois gastriques et des lymphatiques périgastriques. Soc. de chir., 16 mai 1923.

ELWYN. — Pneumonie postopératoire. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, déc. 1922.

FINSTERER. — Anesthésie locale. *Journ. de chir.*, 1913.

FAIX. — Soins pré et postopératoires. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, 1910, p. 401.

GRASER. — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique. *Zentralbl. für chir.*, 1925, 1°, 45.

GRÉGOIRE. — Contre-indications chirurgicales dans l'ulcère de l'estomac. *Soc. de chir.*, 1925, p. 830, discussion de LECÈNE et BAZY.

ELWYN. — Complications pulmonaires postopératoires. *Amer. Journ. of Surg.*, oct. 1925.

HAMANT (A.). — Soins pré et postopératoires chez les opérés de l'estomac. *Rev. méd. de l'Est*, 1924, p. 438-423.

HOFFMANN. — Désinfection des muqueuses par l'alcool thymolé. *Beitrag Zur Klin. Chir.*, oct. 1912.

HARTMANN. — Traitement chirurgical du cancer de l'estomac. Congrès international de chirurgie, Bruxelles, 1908.

HERB. — Complications pulmonaires postopératoires. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 29 juill. 1922.

KIEFFER. — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique. Thèse Paris, 1903.

- LAMBRET. — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 1921-23-26.
- LARGET. — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique. Thèse Paris, 1925.
- LERICHE. — Résection de l'estomac pour cancer. Thèse Lyon, 1906.
- LOUBRY. — Réactions pulmonaires d'origine intestinale. Thèse Paris, 1925.
- LAPOINTE. — Lever précoce des opérés. *Soc. de chir.*, 1921, p. 400, Discussion SAVARIAUD.
- LABEY. — Anesthésie dans les interventions gastriques. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1920.
- MATHIEU. — La chirurgie de l'ulcus et le médecin. *Gaz. des hôp.*, 1914, p. 1221.
- MATHIEU et MOUTIERS. — Pathogénie de l'ulcère de l'estomac. *Arch. des mal. de l'app. digest.*, 1909, p. 445.
- MATHIEU et ROUX. — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique. *Pathologie gastro-intestinale*, t. I, 1923.
- MOYNIHAU. — On G. F. and after. *Brit. med. Journ.*, 1908, p. 1092.
- NUYTS. — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique. Thèse Lille, 1924.
- OLLIVIER. — 66 gastrectomies pour cancer. *Presse Médicale*, 17 août 1921.
- PAUCHET. — Préparation et soins opératoires. *Rev. méd. franç.; Arch. franco-belges de chir.*, avril 1923, n° 4.
- RAOUL. — Désinfection des muqueuses par la teinture d'iode au cours des opérations sur le tube digestif. *Journ. de chir.*, XXII, p. 407.
- ROZEMAR. — Complications pulmonaires après interventions sur l'estomac. Thèse Lille, 1924.
- RAZEMON. — Pathogénie et traitement préventif des complications pulmonaires de la chirurgie gastrique. *Rev. de chir.*, 1926.
- RAZEMON. — Pathogénie des complications pulmonaires dans les interventions sur l'étage supérieur de l'abdomen. *Soc. de biol. de Lille*, séance du 11 mars 1929.
- ROSENOW. — Elective localisation of streptococci. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1915, t. LXI, p. 1687.

- SCHNEIDER. — Complications pulmonaires postopératoires. *Centralbl. für Chir.*, 21 juill. 1923.
- THIERCELIN. — Complications pulmonaires en chirurgie gastrique. *C. R. Soc. de biol.*, 1902, 54, p. 1082; 55, p. 24, 701.
- TRICOIRE. — Revue des infections à entérocoque. Thèse Lyon, 1916.
- BRINDLEY. — Factors essential to good results in gastric surgery. *Texas state J. M. Fort Worth.*, 1925-1926.
- SMITH (D.). — Revue statistique. *Brit. Med. Journ.*, 293, 97, 1928.
- Descriptions cliniques et pathogénie des ulcères gastriques et du duodénum. *Nelken. Arch. f. Verdamurgs Kr.*, 42, p. 503-512, 1928.
- DUVAL. — Congrès de chirurgie, 1931.

